Lane Medical Library

1894

Aus der medicinischen Klinik zu Greifswald.

Über
Typhus abdominalis mit petechiösem Exanthem.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königl. Universität Greifswald

am

Mittwoch, den 9. Mai 1894

Mittags 12 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Carl Ahlefelder

aus Mülheim a./d. Ruhr.

Opponenten:

Herr Drd. med. Anders.
Herr Cursist Jaks.
Herr cand. med. Parow.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1894.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0355

Seinen theuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Zu den in diagnostischer Beziehung wichtigsten Erscheinungen des Abdominaltyphus gehört unzweifelhaft das Exanthem. Wenn auch zugegeben werden muss, dass die Roseola in einzelnen Fällen von Unterleibstyphus ganz fehlt[1]), dass sie bei älteren Individuen, bei Leuten mit rauher, dunkler Haut meistens gering ist, dass sie manchmal in ganzen Epidemien nur sparsam vorkommt, während andere sich durch Constanz und Reichlichkeit der Eruption auszeichnen, man also an dem Exanthem kein gerade pathognomonisches Symptom für Adominaltyphus hat, so

---

[1]) Liebermeister sagt darüber: „Bei den leichtesten unausgebildeten Fällen (von Typh. abdom.) fehlt sie (Roseola) häufig; ob es aber auch ausgebildete Fälle giebt, bei welchen die Roseola während der ganzen Dauer der Krankheit nicht vorkommt, vermag ich nicht zu entscheiden; ich habe in allen Fällen, welche ich häufig genug in dieser Richtung untersuchte, wenigstens einzelne deutliche Roseolaflecke gefunden. Ein solches über den ganzen Körper verbreitetes Exanthem, welches auf den ersten Blick für eine syphilitische Roseola hätte gehalten werden können, habe ich in einzelnen Fällen noch gegen Ende der dritten Woche auftreten sehen, während die Reconvalescenz in ganz normaler Weise eintrat".

Desgleichen Kuessner und Pott:

„ . . . . so ist doch so viel sicher, dass die Roseola zu den allerconstantesten Erscheinungen des Typhoids gehört, so dass Manche sich nicht berechtigt glauben, die Diagnose auf Typhoid zu stellen, wo keine Roseola gefunden wird; und in der That dürften die unzweifelhaften Beobachtungen von Typhoid mit fehlender Roseola äusserst spärlich sein . . .

Auch Blutungen in die Haut (haemorrhagischer oder scorbutischer Character des Typhoids) gehören zu den Seltenheiten."

gehört es doch, wie gesagt, in diagnostischer Beziehung zu den wichtigsten Erscheinungen. Allerdings muss man, wenn man in zweifelhaften Fällen auf den Ausbruch des Exanthems hin erst seine Entscheidung für Typhus treffen will, neben der Form noch auf den Ort und die Zeit der Eruption Rücksicht nehmen. Eine genaue Schilderung der typischen Roseola typhosa finden wir in Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie von Griesinger angegeben. Derselbe schreibt: „Das Roseola-Exanthem besteht aus kaum fühlbar erhabenen, runden, rosenfarbenen, am Rande etwas verwaschenen Flecken von 1—2“ Durchmesser, die unter dem Fingerdruck, wenigstens Anfangs ganz verschwinden; manche Flecke sind erhabener und fester (papulös), andere ganz maculös, ohne dass dies einen diagnostischen Unterschied begründete. Die Roseola-flecken sind am deutlichsten bei Individuen mit weisser, zarter Haut; die Eruption erfolgt hauptsächlich am unteren Theile der Brust und am Unterleib, schon weniger am Rücken, am seltensten an den Extremitäten. Die Zahl der Flecken ist meist gering, 6—20, andermale sind ihrer viele, mehrere 100, über Bauch, Brust und Extremitäten verbreitet; aber nur ganz ausnahmsweise bemerkt man an einzelnen Stellen ein Confluiren des sehr abundanten, feinfleckigen und feinpapulösen Ausschlags. . . .

Die Flecke brechen nicht alle auf einmal, sondern nach und nach im Lauf einiger Tage bis einer Woche aus, so dass in sehr vielen Fällen frische und ältere Flecke gemischt stehen. . . . Der einzelne Fleck hat gewöhnlich eine nur 3—5tägige Dauer und hinterlässt dann eine ganz schwache, grauliche Pigmentirung; es kommen aber seltene Fälle vor, wo die einzelnen Flecke länger bestehen und stärkeren Pigmentabsatz zurücklassen, so dass bei Anfangs längere Zeit fortgehender Eruption das Exanthem im Ganzen gegen 3 Wochen auf der Haut sichtbar bleibt.

Eichhorst giebt ausserdem noch an, dass das Exanthem im Gesicht meist nicht vorkommt.

Nicht immer indes tritt die Roseola typhosa in dieser typischen Weise in die Erscheinung. So lesen wir in Eulenburgs Real-Encyclopaedie: „Zuweilen finden sich auch unregelmässig runde, in der Haut liegende Flecken von bläulicher Farbe und 5—10 cm Durchmesser auf Abdomen, Rücken und Oberschenkel. Sie lassen sich nicht wegdrücken und persistiren lange Zeit (Tâches bleuâtres).

Allgemein verbreitete Erytheme, wie die Eruption bei Scarlatina, kommen mitunter in den ersten Tagen vor.

Amidon berichtet: Bei einer 30jährigen Frau, bei der erst bei der Section die Diagnose auf Typhus abdominalis sichergestellt werden konnte (Tod an Darmblutung, Geschwüre im Darm, Milztumor), trat in der 3. Woche ein scharlachähnliches Erythem ein. Roseola fehlte."

Griesinger berichtet weiter: „Sehr selten kommen statt und neben der Roseola urticariaartige Exantheme oder zu Bläschen sich entwickelnde Stippchenformen oder zugespitzte Papulae, die zu Bläschen und Pusteln werden, vor. Etwas anders sind die bläulich oder graublau gefärbten, kleineren, am Rande verwaschenen Flecke (Trousseau. Murchison.).

Ferner macht Moore Mittheilung über einige seltene Exantheme bei Typhus abdominalis. Er beobachtete erythematöse, miliaria- und urticariaartige Exantheme. Interressant ist ein von Moore angeführter Fall, bei dem es sich um in prophylactischer Beziehung wichtige Fragen handelte: Ein Mann lag in einem Hause voll Kinder an Typhus abdominalis und bekam ein derartiges scharlachähnliches Exanthem; M. stellte die richtige Diagnose und erklärte damit die proponirte Absperrung resp. Evacuation für überflüssig.

Testi Alberico berichtet, dass während der Typhus-

epidemie, die 1878—1879 in der Stadt Fermo herrschte, der Krankheitsverlauf durch die auffällige Erscheinung complicirt wurde, dass an der Stirn- und in der Nackengegend, auch am Hinterhaupte massenhafte Miliariaausbrüche erfolgten. Der Verlauf der Krankheit wurde dann sehr schleppend.

Hanot entdeckte an zwei Fällen am 16. resp. 21. Tage des Typhusverlaufs eine confluirende Eruption, ähnlich wie Miliaria und wies nach, dass der flüssige Inhalt der transparenten Bläschen in grosser Menge stäbchenförmige Organismen („bactéries bacillaires") enthielt.

Reymond und Nélaton berichten über 2 Fälle von Typhus mit urticariaähnlichem Exanthem.

Die bisher geschilderten Abweichungen von der typischen Roseola typhosa verdienen immerhin, als interessante Phaenomene mitgetheilt zu werden, dagegen treten dieselben doch wohl nur selten derartig in den Vordergrund, dass sie bei Berücksichtigung der übrigen charakteristischen Symptome des Typhus abdominalis zu einer Verkennung des letzteren Anlass geben könnten. Dann aber müssen auch wohl eine Anzahl der genannten Abweichungen, zumal, wenn sie, wie mehrfach hervorgehoben wird, neben der charakteristischen Roseola auftreten, weniger als solche, als für neben dem vorhandenen Typhus einhergehende selbstständige Erkrankungen aufgefasst werden. Weshalb sollte nicht ein Individuum während des Verlaufes eines Typhus auch noch von einer Urticaria oder dergl. befallen werden können? Liegen doch vielfach Beobachtungen vor über gleichzeitige Erkrankung an Typhus und an Diphterie, Scharlach, Pocken u. s. w.

Von grösserer practischer Bedeutung ist eine Abweichung von dem für Abdominalis characteristischen Exanthem, wie sie kürzlich an einem Falle in der hiesigen Königl. medicinischen Klinik zur Beobachtung gelangte.

Bevor ich auf die Einzelheiten des Falles eingehe, lasse ich die ausführliche Krankengeschichte, welche Herr Geh. Rat Prof. Dr. Mosler mir gütigst zur Verfügung gestellt hat, hier folgen.

Paul S., Arbeiter, 20 Jahre, aus Prenzlau, z. Z. auf der Reise, aufgenommen am 5. Januar 1894.

Anamnese: Die Eltern des Patienten sind vor einigen Jahren durch eine Kohlenoxydgasvergiftung umgekommen. Sein Bruder ist gesund. S. will mit 4 Jahren eine Lungenentzündung durchgemacht haben. Mit seinem 10. Jahre soll bei ihm ein Lungenleiden angefangen haben, das lange gewährt hat. Sein Arzt hat ihm nach seiner Aussage damals die Brust gebürstet. Anfang September 1893 aquirirte er zu Berlin einen Tripper, wo er damals als Droschkenkutscher beschäftigt war. Er wandte sich an keinen Arzt, sondern an einige erfahrene ältere Bekannte. Diese riethen ihm, in die Harnröhre Zinkwasser zu spritzen und innerlich Copaiva-Balsam zu gebrauchen. Das Zinkwasser wusste er sich aus der Apotheke dadurch zu verschaffen, dass er angab, er müsse es thierarzneilich verwenden. Er spritzte nach Gutdünken ein, und will namentlich in der ersten Zeit dabei einen heftig brennenden Schmerz empfunden haben. Nach 6 Wochen kam er nach Havelberg. Der Tripper war durch seine Kur nicht recht geheilt; er liess sich daher in das Havelberger Krankenhaus aufnehmen. Dort bekam er Cuprumpulver, das er in Wasser auflösen und in die Urethra einspritzen musste. Als er nach 6 Tagen keine Besserung verspürte, verliess er das Krankenhaus. Er versuchte seine alte Kur wieder und brachte den Tripper zum Verschwinden. Nur nach Excessen in Baccho atque in Venere, die er sehr häufig und sehr rigoros ausgeführt zu haben scheint, trat wieder Ausfluss ein. Hodenschwellung will er nicht gehabt haben. Bei der eintretenden strengen Kälte hat er ganz

besonders viel Branntwein zu sich genommen und dadurch wieder einen stärkeren gonorrhoischen Ausfluss hervorgerufen. Er liess sich daher in die hiesige Klinik aufnehmen.

Status praesens: Patient ist klein und schlank gebaut. Er ist von mässig starkem Knochenbau, leidlich entwickelter Muskulatur und geringem Panniculus adiposus. Das Gesicht zeigt gesunde Farbe. Die sichtbaren Schleimhäute sind roth. Oedeme und Exantheme bestehen nicht. Patient klagt über Schmerzen beim Uriniren und eitrigen Ausfluss aus der Urethra. Ferner klagt er über Stiche in der rechten Renalgegend.

Systema nervosum: Das Sensorium ist frei. Kopfschmerz und Schwindelgefühl bestehen nicht; der Schlaf ist ungestört.

Systema respirationis: Der Thorax ist ziemlich flach gewölbt. Die Lungengrenzen sind normal. Es sind percussorisch und auskultatorisch keine Anomalien nachzuweisen. Husten und Auswurf bestehen nicht.

Systema circulationis: Die Herzdämpfung ist normal; die Herztöne sind rein. Der Spitzenstoss befindet sich im 5. Intercostalraum einwärts von der Mammillarlinie. Der Puls ist voll, weich, langsam.

Systema digestionis: Das Gebiss ist gut erhalten. Die Zunge ist nicht belegt. Appetit gut. Stuhlgang etwas verstopft. Erbrechen besteht nicht.

Systema uropoëticum: Der Harn wird unter geringer Schmerzhaftigkeit entleert. Die Reaction ist sauer. Das spezifische Gewicht ist 1020. Die Farbe hellgelb. Pus und Albumen sind nicht nachzuweisen. Man sieht im Harn zuweilen Fetzen und Fäden umherschwimmen. Leistendrüsen nicht geschwollen. Nebenhoden normal. Harndrang besteht nicht, Blasengegend auf Druck nicht schmerzhaft.

Diagnose: Gonorrhoea chronica.

Prognose: Fausta.

Therapie: Bettruhe, Milch, Selterswasser. Einspritzen von Kal. permang. in die Harnröhre.

7. I. Der Ausfluss lässt nach. Nur Morgens tritt in deutlicher Tropfen aus der Harnröhre aus. Patient soll jetzt mit einer 0,03% Arg. nitr.-Lösung die Harnröhre einspritzen.

9. I. Nach dem Arg. nitric. ist der Ausfluss ein wenig stärker, ohne dass jedoch dem Patienten daraus Schmerz erwächst. Gegen die vorhandene Obstipation erhält S. 2 Löffel Oleum Ricini.

12. I. Der Ausfluss ist jetzt, auch Morgens kaum merklich. Gegen eine Conjunctivitis bekommt er eine Einträufelung mit Zinc. sulf. 0,04: 10,0.

14. I. Abendtemperatur plötzlich auf 39,7 gestiegen. Patient klagt über starken Kopfschmerz, Lichtscheu und Mattigkeit in allen Gliedern.

15. I. Das hohe Fieber hält an. Beschwerden wie gestern. Objektive Untersuchung fällt negativ aus.

16. I. Status idem. Appetit ist schlecht, Zunge belegt. Stuhlgang in den letzten Tagen regelmässig.

17. I. Das Fieber steigt Abends auf 40.3. Patient macht einen etwas benommenen Eindruck. Auf Fragen, wie es ihm geht, antwortet er stets: Gut. Appetit sehr gering. Zunge ziemlich stark belegt, feucht, etwas zitternd. Abdomen ist weich, nirgends auf Druck schmerzhaft. Milz ist deutlich vergrössert (Misst in der hinteren Axillarlinie von oben nach unten $9\frac{1}{2}$ cm und überragt die Linea costoarcularis nach vorne um einen Daumen breit). Der Puls ist sehr beschleunigt, regelmässig, deutlich dicrot. Ausfluss aus der Harnröhre besteht nicht mehr. Komplikationen seitens der Blase und des Nierenbeckens nicht festzustellen. Einspritzungen in die Harnröhre werden sistirt. Gegen Abend stellen sich mehrere dünne Stühle ein.

18. I. Der Stuhlgang hat heute erbsenbreiartige Bi
schaffenheit, mit weisslichen Fetzen vermengt. Leib wen
aufgetrieben, auf Druck in der Ileocoecalgegend etwa
schmerzhaft. Milzvergrösserung noch deutlicher. Verdac
auf Typhus abdominalis. Bei einer noch einmal ang
stellten Anamnese giebt Patient folgendes an: In de
Zeit, als er auf einem Gute bei Jarmen vor ungefähr
Wochen war, haben ein Knecht und eine Magd an heftiger
Kopfschmerz, Abgeschlagenheit und Frost in allen Gliedern
gelitten. Der Knecht habe dazu häufige Durchfälle gehabt
Nach seinem Weggange von dem Gute habe sich Patien
auf der Reise und zwar sehr wohl befunden. Patient be
kommt 0,3 Calomel, gegen Abend erhält er ein Bad von
27° mit Abkühlung auf 24°. Bad wird ziemlich schlecht
vertragen. Patient erhält flüssige Diät und Wein.

19. I. Fieber steigt im Laufe des Tages auf 40,7
Patient ist mässig benommen. Am Rumpf und an den
Unterextremitäten zeigen sich einzelne stecknadelknopf- bis
linsengrosse Fleckchen, die auf Druck völlig verschwinden
Zunge zitternd, stark belegt, wenig feucht. Abdomen wie
am 18. I. Milzdämpfung noch mehr vergrössert ($10^1/_2$ cm
von oben nach unten). Die Durchfälle bestehen fort
Stühle nicht characteristisch erbsenbreiartig, gallig gefärbt
Auf den abhängigen hinteren Partien beider Lungen spär-
liche kleinblasige feuchte Rasselgeräusche. Auswurf spär-
lich. Puls dicrotisch, regelmässig. Frequenz 110. Im
Harn geringe Menge Albumen. Patient erhält Ipecacuan-
hainfus (1,0: 180,0), soll alle Stunden aufgerichtet werden.
Abends erhält er ein Bad, das er leidlich verträgt, welches
aber die Temperatur nur um wenige Zehntel herabsetzt.

20. I. Patient äussert keine Klagen ausser grossem
Durstgefühl. Stuhlgang viermal, meistens von etwas
wässeriger Beschaffenheit, graugelber Farbe, mit weiss-
lichen Krümeln vermischt. Temperatur bleibt trotz dreier

ider über 40°. Zweimalige Gaben von 0,5 gr. Chinin tzen ebenfalls die Temperatur nicht wesentlich herab. alomel wird ausgesetzt. Es besteht zuweilen Epistaxis.

21. I. Befinden wie gestern. Abendtemperatur 40,8. ppen trocken. Zunge stark belegt und wenig feucht. Es steht sehr starkes Durstgefühl. Patient klagt über chmerzen beim Schlucken. Die Inspection des Rachens giebt eine ziemlich starke Röthung der Schleimhaut; onsillen nicht geschwollen. Am Bauch und Rücken ist n stark ausgebreitetes Exanthem sichtbar, das sich aus einen, kaum hirsekorngrossen Knötchen, die von einem wa linsengrossen, rothen Hof umgeben sind, zusammentzt. Es treten 5 sehr dünne Stühle auf. Die Rasselgeusche auf der Lunge etwas spärlicher.

22. I. Status idem.

23. I. Temperatur schwankt zwischen 39,7 und 40,4. atient macht heute einen besonders apathischen Eindruck. : ist sehr schwach. Die Haut ist sehr heiss und trocken. as Exanthem ist stärker geworden, nimmt jetzt den ganzen örper, mit Ausnahme des Kopfes ein. Zunge und Lippen ocken. Es besteht leichter Foetor ex ore. Ausspülung es Mundes mit Borsäure verordnet. Heute erhielt Patient kühle Bäder.

24. I. Befinden heute ein wenig besser. Stuhlgang eimal.

25. I. Status idem.

26. I. Temperatur hoch geblieben. Patient ist sehr hwach. Das Exanthem ist noch dichter geworden. Die then Flecke zeigen stellenweise bläuliche Verfärbung, die f Druck nicht schwindet. Puls 120, regelmässig, ziemlich äftig, weniger deutlich dicrot. Urin spärlich, gelbroth, n saurer Reaction, enthält reichlich Albumen.

27. I. Temperatur andauernd hoch trotz Bäder und eimaliger Gabe von 0,5 gr Chinin am vorhergehenden

Tage. Exanthem fast überall petechiös. Die Bronchiti im rechten unteren Lappen stärker geworden. Patien kann wegen grosser Schwäche schlecht expectoriren. Stuhl gang 2 mal, von gelber Farbe, wässeriger Beschaffenheit mit geringen Spuren dunkelrothen Blutes vermischt. Aus fluss aus der Harnröhre in den letzten Tagen nicht mehr bemerkt.

28. I. Das Fieber ist etwas abgefallen (39,3 und 38,2). Stuhlgang 2 mal, dünn und von gelber Farbe. Albumen geringer. Rasselgeräusche rechts unten sind stärker. Sonst status idem.

29. I. Status idem.

31. I. Das Fieber ist verschwunden. Der petechiöse Ausschlag ist zurückgegangen und hat wieder mehr den Charakter einer Roseola angenommen. Die übrigen Phaenomene wie sonst.

2. II. Der Stuhlgang ist normal und von gewöhnlicher Beschaffenheit. Fieber garnicht vorhanden.

3. II. Status idem. Die Zunge und Lippen sind normal, die Stimme weniger rauh, das subjektive Befinden gut.

4. II. Das gute Befinden besteht fort. Patient erhält flüssige Nahrung: Bouillon mit Ei, Milch.

7. II. Das Befinden des Patienten hat sich bedeutend gebessert; die Stimme ist fast ganz klar und rein; Patient erhält Zwieback.

12. II. Das gute Befinden des Patienten dauert fort; es ist starker Appetit vorhanden.

23. II. Patient verlässt zum ersten Male das Bett, er fühlt sich schwach und angegriffen, doch im ganzen wohl.

5. III. Nachdem die Reconvalescenz in den letzten Tagen gute Fortschritte gemacht hatte, wird Patient, nur zum Theil gebessert, auf seinen dringenden Wunsch entlassen, um am

6. III. in völlig ermattetem Zustande, wahrscheinlich, eil er an den kalten, regnerischen Tagen sich im Freien mhergetrieben hatte, sich wieder einzustellen und um Viederaufnahme zu bitten. Die Temperatur beträgt 39,2.

13. III. Die Percussion ergiebt deutliche Vergrösserung er Milz. Der Puls beträgt 112 und ist celer. Die Axillar- nd Inguinaldrüsen besonders, die Supraclavicular- und ubitaldrüsen weniger, sind geschwollen. Die Herzthätigkeit t angestrengt, an der Mitralis ist der diastolische Ton st so stark, wie der systolische und kaum von ihm zu nterscheiden, ebenso an der Aorta und Pulmonalis.

17. III. Patient verlässt täglich auf 3—4 Stunden as Bett. Das subjective Befinden ist gut. Sonst status lem.

24. III. Die nähere Untersuchung des Patienten ergiebt ne Vergrösserung des rechten Ventrikels bis über die littellinie des Sternums hinaus, sowie deutliche, systolische, lasende Nebengeräusche an der Mitralis und Aorta; bei etzerer, sowie an der Pulmonalis ist der 2. Ton metallisch lappend. Die Perkussion der Milz ergiebt eine deutliche ergrösserung derselben; in der Länge beträgt sie 8 cm, der Breite ist ihre Grenze nach rechts um ungefähr 4 cm orgerückt. Sonst bessert sich der Zustand des Patienten etig, namentlich ist, infolge der kräftigenden Diät, eine unahme der Kräfte zu constatiren.

1. VI. Patient wird auf seinen Wunsch geheilt entassen.

Temperaturen während des Typhusverlaufs.

anuar.	Morgens.	Mittags.	Abends.
13.	36.6	37.4	37.4
14.	36.8	—	39.8
15.	38.8	—	39.3
16.	38.4	—	39.5
17.	39.7	—	40.3

Januar.	Morgens.	Mittags.	Abends.
18.	39.6	—	40.3
19.	39.9	—	40.7 (nach Bad 40.2).
20.	40.1 (Bad).	40.6 (Bad.)	40.1 (Bad.)
21.	40.1 (Bad).	39.8	40.8 (Bad)
22.	40.4 (Bad.)	39.2	40.8 (Bad)
23.	40.1 (Bad.) (nach Bad 39.7).	40.4	40.4 (nach Bad 39.7)
24.	39.9 (n. Bad 39.3).	40.1 (n. Bad 39.1).	40.1 (n. Bad 39.6).
25.	40.2 (n. Bad 39.8).	40.2 (n. Bad 39.8).	40.4 (n. Bad 40.1).
26.	39.8 (n. Bad 39.3).	40.5 (Bad).	39.6 (Bad).
27.	39.6	40.2 (Antipyr.)	39,6 (Ant.)
28.	38.6 (Bad).	39.0 (Antipyr.)	38.2
29.	38.8	39.4 (Antipyr.)	38.9
30.	38.6	39.1	37.5
31.	37.6	37.4	37.1
Februar			
1.	36.4	37.0	37.1
2.	36.5	36.6	37.2
3.	36.8	—	37.2

Nach dem ganzen Krankheitsbilde handelte es sich hier um einen ausgesprochenen Fall von Typhus abdominalis. Die Aetiologie, der typische Fieberverlauf, die erbsbreiartigen Stühle, die Milzvergrösserung, das Auftreten von Epistaxis liessen an der Natur der Erkrankung keinen Zweifel mehr aufkommen, Auch die rechtzeitige Eruption des zunächst typischen Exanthems konnte die Diagnose nur noch mehr sicherstellen. Die Roseolen waren klein, in mässiger Zahl vorhanden und in typischer Weise auf Brust und Bauch lokalisirt. Auf Druck erblassten dieselben vollständig. Doch plötzlich nimmt die Zahl zu, sie

breiten sich auch auf die Extremitäten aus, auf Druck schwindet die Röthe nicht mehr. Der Zustand des Patienten nimmt zugleich einen bedrohlichen Character an. Während nun das Exanthem immer mehr petechiös wird, beginnt man schon an der Richtigkeit der zuerst gestellten Diagnose: Typhus abdominalis, zu zweifeln. Das Exanthem ist seiner Form und seiner Lokalisation nach das des Typhus exanthematicus. Zum Vergleich führe ich auch hier die Beschreibung, die Griesinger von dem Ausschlag des Flecktyphus giebt, an: „Die Grundform des Exanthems ist beim Fleckfieber wie beim enterischen Typhus die roseolöse . . . . . Die Hauptunterschiede der Roseola des Fleckfiebers von der des Ileotyphus bestehen zunächst in der dort durchschnittlich viel reichlicheren, gewöhnlich bis 1000 Flecke betragenden Entwickelung, welche sehr gewöhnlich den ganzen Truncus, zuweilen auch das Gesicht, und namentlich auch die Vorderarme und die ganzen unteren Extremitäten betrifft. Sodann ist sie viel häufiger als beim Ileotyphus von einer leichten, diffusen, der Haut besonders an den abhängigen Körperstellen ein schwach marmorirtes Aussehen gebenden Hyperaemie begleitet, mehr an einzelnen Stellen zusammenfliessend, dadurch Masern ähnlich und von etwas differenter Färbung. Die einzelnen Flecke sind nämlich zwar, namentlich bei Individuen mit heller Haut, anfangs auch von florider Röthe und verschwinden dann noch vollständig unter dem Fingerdruck, nehmen aber in den meisten Fällen sehr bald eine mehr düsterrothe, weinrothe Färbung an, besonders am Rücken und sonst abhängigen Körperstellen, und machen nun mehr oder weniger die petechiale Umwandlung durch. Der Fleck fängt nach 2—3 Tagen an etwas blasser zu werden, verschwindet dann aber nicht mehr vollständig auf Druck, es ist eine kleine Blutung in der Stelle des Flecks erfolgt, man hat nun dunklere oder blässere, am Rande

verwaschene petechiale Flecke . . . . . Die Eruption der Roseola erfolgt im exanthematischen Typhus in den Mehrzahl der Fälle am 4.—6. Tag, seltener schon am 2.—3., oder erst am 7.—9., oder ganz ausnahmsweise in der Mitte oder Ende der 2. Woche.

Die einzelnen Flecke fangen nur in leichten Fällen gleich nach ihrem Erscheinen wieder an zu erblassen und verschwinden dann nach 3—5tägigem Bestehen. Da die erwähnte leichte oder durchgreifende petechiale Umwandlung sehr häufig vorkommt, so bestehen zufolge dieser die einzelnen Flecke in der Regel um ein ziemliches länger als beim Darmtyphus, nämlich 10—14 Tage".

Berücksichtigt man aber, um auf unseren Fall zurückzukommen, die übrigen Symptome, die Aetiologie, über die ja noch nachträglich wichtige Daten eruirt wurden, den Fieberverlauf, die Beschaffenheit der Stühle, in denen im hygienischen Institut überdies noch die Typhusbacillen nachgewiesen worden sind, die Epistaxis, so kann es nicht mehr zweifelhaft sein, dass man es hier trotz des abweichenden Exanthems mit einem Fall von Typhus abdominalis zu thun hatte.

Wenn der geschilderte Fall auch als ein recht seltener bezeichnet werden muss, so steht er aber keineswegs vereinzelt da. Herr Geh. Rat Mosler erwähnte in seiner Klinik einer ganzen Epidemie von Typhus abdominalis, welche er nach der Sturmfluth 1872 in dem benachbarten Fischerdorfe Wieck beobachtete und wobei in sämtlichen Fällen das oben geschildete abweichende Exanthem zur Beobachtung gelangte.

Griesinger sagt über die Roseola des Typhus abdominalis: „Wahre Petechien kommen nicht häufig vor".

In dem Archiv für Dermatologie und Syphilis berichtet Laufer über einen fremdartigen Ausschlag im Verlauf eines Typhus abdominalis, welchen er als ein

Erythema multiforme bezeichnet. Ich führe hier die von L. mitgetheilte Krankengeschichte an:

„Es handelte sich um ein Mädchen, G. M., 23 Jahre alt. Selbes wurde am 25. Dezember vorigen Jahres (1889) auf unsere Abtheilung aufgenommen. Patientin gab an, seit 5 Tagen schwer krank zu sein; sie blieb jedoch in häuslicher Pflege. Sie war sehr müde, matt; Diarrhöen sind vorausgegangen; die Milzdämpfung begann bei der 7. Rippe; die Zunge war fuliginös bedeckt; continuirliches Fieber zwischen 39^0—40^0, selbst 40.5^0; profuse Diarrhöen waren vorhanden. Kurz, wir konnten schon am dritten Tage die Diagnose auf Typhus abdominalis stellen. Roseolen konnten wir nicht beobachten. Am 4. Tage ihres Spitalaufenthaltes entstand an der Brust, besonders an den Vorderflächen der Mammae, spärlich am Bauche, mehr an den Streckseiten der Oberarme, an den Schultern, am Rücken und sehr spärlich an den unteren Extremitäten ein fremdartiger Hautausschlag. Die Handteller waren verschont; 15—20 Efflorescenzen waren auch im Gesichte, an der Stirne und am Nacken zu sehen.

Der Hautauschlag bestand aus linsen-, pfennig-, selbst grösseren, lebhaft rothen, scharf umschriebenen rundlichen Flecken, welche auf Druck nur theilweise verschwanden, mässig über das Niveau emporragten. Die grösseren waren in ihrer Mitte blässer als in der Peripherie, und an einzelnen Stellen, wie an den Aussenseiten der Oberarme, schmolzen sie zusammen als thalergrosse und noch grössere, scharfbegrenzte, in der Mitte blässere, bläulich rothe, oberflächliche Infiltrate. Ein Ausschlag, welcher fast alle Charaktere des Erythema exsudativum multiforme besass.

Am 5. Tage erschienen die Flecke reichlicher am ganzen Körper, zwar mit einer ungleichmässigen Vertheilung; an der Brust, an den Oberarmen und am Rücken war der Hautausschlag ein sehr reichlicher, am Bauch und an den unteren Extremitäten erscheinen nur spärlich Flecke, etwas reichlicher nur über dem Kniegelenk. Später flossen die Flecke stellenweise derart zusammen, dass man zwischen ihnen weiter keine scharfen Grenzen unterscheiden konnte. Zugleich fing der Hautausschlag an, zu verblassen. Am 10. Tage waren die rothen Flecke ganz verschwunden, und nur eine gelbliche, gelblich-braune Pigmentirung blieb zurück.

Am 9. Januar, Vormittags 10 Uhr, ergab die Percussion der linken Seite der vorderen Brustfläche, in der Höhe der zweiten Rippe, eine flachhandgrosse, absolute Dämpfung. Genau feststellen, ob er sich um ein pneumatisches Infiltrat oder Pericarditis exsudativa handele, konnten wir

nicht, weil die Patientin in extremis war. Sie starb auch am selben Tage zu Mittag. Es muss noch bemerkt werden, dass einige Tage vor dem Tode kleine Hautabcesse an der Schultergegend und am rechten Fussgelenke auftraten".

Ueber das Ergebniss der Section will ich nur noch angeben, dass durch dieselbe die Diagnose Typhus abdominalis bestätigt wurde.

Wenn auch von dem Exanthem keine sehr eingehende Schilderung gegeben ist, so kann es doch keinem Zweifel unterliegen, dass wir es mit einem Analogon zu dem oben geschilderten Falle zu thun haben.

Weitere hierher gehörige Fälle sind in einer Pariser Dissertation von Lovy mit sehr ausführlichen Krankengeschichten beschrieben, die ich hier folgen lasse.

Observation I.

Le nommé Hell . ., âgé de 22 ans, soldat, entré le 4 septembre à l'hôpital militaire St. Martin dans le service de M. le Dr. Haas, salle Maillot, No. 43.

Cet individu qui n'a jamais fait de maladie est entré à l'infirmerie du régiment il y a cinq jours, en se plaignant de faiblesse, de courbature, de maux de tête, d'inappétence. Pendant ce temps il a saigné 3 fois du nez, sa température a varié de 39^0 à 40^0 et depuis deux jours il a de la diarrhée. A son arrivée à l'hôpital il présente un état typhoïde assez prononcé, sa température est de $40^0{,}7$ le soir. La diarrhée est assez abondante, le ventre légèrement ballonné. On ne constate pas encore de taches rosées lenticulaires. On ne trouve rien ni au cœur, ni aux poumons.

5 septembre, lendemain de son entrée, la température est de $40^0{,}5$ le matin, et $40^0{,}8$ le soir; le malade n'a pas dormi, mais n'a pas eu de délire. On aperçoit 3 taches rosées sur l'abdomen et une sur le dos. L'état général est comme hier, la fièvre typhoïde semble devoir être d'intensité moyenne; aucun appareil n'est plus particulièrement atteint. Bouillon, alcool, sulfate de quinine, 1 gr.

Les jours suivants l'état général persiste toujours le même; il n'y a pas de délire, l'insomnie deviens moins continue. Les taches rosées sont assez abondantes, on peut facillement en compter une vingtaine. La température oscille de 39^0 à $40{,}5^0$. Comme la maladie évolue normalement, le traitement ne change pas; on ne s'attache qu'à soutenir les forces du malade et à abaisser sa température par le sulfate de quinine.

Le 11 et le 12 la température s'est abaissée d'un degré, elle est à 38,5° le matin et 39,5° le soir.

Le 13, seizième jour de la fièvre typhoïde, le malade est toujours dans le même état, mais la température qui s'était déjà élevée la veille au soir, est encore plus élevée: 39,5° le matin et 40,5° le soir. L'état général ne semble cependant pas changé et un examen minutieux ne fait remarquer qu'une augmentation considérable du nombre des taches rosées, elles ne présentent d'ailleurs rien de particulier, quand au reste.

Le 14. Même état général; temp. 39°,8 et 39°,5. Sur tout le corps on trouve une éruption ressemblant absolument à la rougeole. L'exanthème plus accentué au cou et sur la poitrine est constitué par des taches de grandeur variable. Les plus petites offrent à peu près l'aspect et la grandeur des taches rosées lenticulaires ordinaires. Les plus grandes atteignent jusqu'au diamètre d'une pièce de 1 fr. Sur le cou elles sont assez rapprochées pour se toucher par leur périphérie; elles sont un peu plus espacées sur la poitrine, moins abondante sur l'abdomen et dans le dos; on les trouve très peu nombreuses sur les membres supérieurs, et encore bien moins sur les membres inférieurs, où on n'observe pas de grandes taches, mais simplement de petites taches rosées analogues aux taches rosées lenticulaires, que la veille on avait observé sur le tronc. A la face l'éruption est un peu différente; les taches ne sont plus distinctes; elles forment des plaques plus foncées légèrement papuleuses et offrent un peu la consistance de la plaque d'érysipèle.

La couleur des taches est rouge framboisé; elle sont formées d'une zone centrale plus foncée, d'un rouge plus intense et plus ecchymotique; la zone péripérique est un peu plus pâle, elle va se confondre insensiblement avec les parties saines et s'efface complètement à la pression. En plus de la zone centrale ecchymotique, qui a presque le diamètre d'une lentille et ne disparaît pas par la pression, on trouve dans la zone périphérique de petits points, de la grosseur d'une petite tête d'épingle, ne disparaissant pas non plus complètement par la pression. Les taches sont bien régulièrement arrondies; partout si ce n'est à la face, elles sont nettement séparées les unes des autres par des espaces égaux de peau saine.

Nulle part elles ne semblent disposées en croissant.

Les muqueuses nasale, oculaire, pulmonaire ne présentant rien d'anormal.

Le 15. La rougeur framboisée du cou, du tronc, de la face est moins intense; les taches ont une couleur plus brune, plus foncée.

Quant à l'éruption des membres, elle s'est accusée davantage; on

observe aujourd'hui sur les membres inférieurs une éruption semblable à celle que nous avons observée hier sur le tronc; l'exanthème est donc ici en retard d'un jour.

Toujours pas de catarrhe des muqueuses. L'état générale n'a pas changé; la température a un peu baissé, 37°,4 matin et 38°,6 le soir.

Le 16. Les taches du tronc brunissent de plus en plus; la teinte rouge des bords a presque disparu, il ne reste plus que la partie centrale, qui devient de plus en plus sombre, foncée, brunâtre, rappelant un peu l'aspect de certaines syphilides. La température est de 37°,7 et 38°,4. Le malade a des sueurs abondantes et comme la veille il a uriné en assez grande quantité.

Le 18. Il n'y a plus de rougeur; le centre des taches et le petit pointillé persistent seuls, en présentant une teinte très foncée absolument analogue à une ecchymose datant de 3 ou 4 jours. L'état général s'améliore: temp. 37°,5; 38°,2.

Le 19. Même état. Les taches sont encore moins accusées. On observe sur le nez, sur la partie voisine des joues et sur le scrotum une très légère desquamation furfuracée. Il n'y a toujours rien eu aux muqueuses. La fièvre typhoïde est en pleine défervescence 37°,5; 38°.

Le 21. La peau présente encore une teinte générale un peu brune, mais on ne peut plus retrouver de traces de l'éruption. La température est à la normale. Le malade commence à manger légèrement. Il sort en convalescence le 6 octobre.

Observation II.

Le nommé X . . ., âgé de 23 ans, garçon boucher, entré le 18 jouillet 1880, salle Bazin, Nr. 31, dans le service de M. Gérin-Roze, à l'hôpital Lariboisière.

Ce malade a encore tous ses parents qui sont bien portants et lui n'a jamais fait de maladie. Depuis 8 jours il se plaint de fatigue, de faiblesse, d'insomnie, de céphalalgie; depuis deux jours il a eu de nombreuses épistaxis et de la diarrhée. Il a la langue sèche, recouverte d'un enduit blanchâtre à travers lequel les papilles font saillie sur les bords. Il a une température de 40°,8.

On trouve sur l'abdomen de nombreuses taches rosées lenticulaires, deux sur les cuisses, quelques-unes dans le dos. Le ventre est légèrement ballonné; il n'y a pas de délire. La fièvre typhoïde s'annonce d'intensité moyenne.

Le malade est soumis au traitement habituel dans le service, 3 bains à 32° par jour, naphtol et salycylate de bismuth, chlorhydrate de quinine 1 gr., Todd extrait mou de quinquina, 4 gr.

Pendant les 7 jours qui suivent son entrée, il ne survient rien de remarquable; les taches, la diarrhée persistent; l' insomnie diminue l'état général est bon, l'état typhoïde peu prononcé malgré une température oscillant entre 40^0 et 41^0.

25 juillet. Le 15e jour de la dothiénentérie, on remarque, en decouvrant le malade une éruption ressemblant absolument à la rougeole. Elle est formée de taches rouges de diamètre variant de celui d'une pièce de 50 centimes à celui d'une pièce de 2 francs. Elles sont séparées par d'étroits ecpaces de peau saine.

On les observe sour tout le corps, moins nombreuses à la face, en plus grand nombre sur le tronc et surtout le cou, un peu plus nombreuses au voisinage des articulations; que sur le reste des membres où elles sont assez rares. Dans le dos le fond de peau saine est légèrement injecté.

Si on les regarde de près on trouve au centre un point plus foncé et dans la zone périphérique, un pointillé ressemblant un peu à celui de la scarlatine. La coloration rouge disparaît à la pression; les points ecchymotiques persistent.

L'état général et comme précédemment, le malade ne souffre pas, n 'a pas de démangeaisons; on ne lui trouve pas de muqueuses enflammées. La température reste entre $39^0,6$ et $40^0,2$.

Le 26. L'éruption est moins nette; les plaques se distinguent moins les unes des autres; la rougeur est plus diffuse, mais moins framboisée. Le pointillé est moins visible. Toujours le même traitement.

Les 27 et 28. La rougeur est presque diffuse, on ne distingue presque plus les taches nettement séparées les unes des autres le premier jour; le pointillé n'existe presque plus.

L'exanthème d'un peu loin ressemble à celui d'une scarlatine au 3e jour alors que l'eruption a disparu presque complètement et a pris une coloration brune au lieu de la teinte rouge framboisé du début.

Le 30. A peine s'aperçoit-on encore de l'éruption primitive. La peau commence à être humide, la température commence à baisser d'un degré. Le malade dit aller mieux. Il rend 2 litres d'urine légèrement albumineuse.

1er août. Rien n'indique plus qu'il y ait eu une éruption cutanée. Il n'y a pas de desquamation.

Le 2. Éruption de miliaire assez abondante aux aines, au cou, au aisselles. La température est de $38^0,5$ et $39^0,5$.

Le 6. Le malade est apyrétique; il commence à manger.

Le 12. Part à Vincennes complètement guéri.

Observation III.

Victor Hat . ., jeune soldat, âgé de 22 ans entre le 13 septembre à l' hôpital Saint-Martin, salle Magendie, n° 1, dans le service M. le Dr. Demmeler.

On ne trouve rien dans les antécédents de ce malade. Il est entré à l'infirmerie du régiment il y a 6 jours en ce plaignant de fatigue générale, de cephalalgie, d'étourdissements, d'insomnie, et de fièvre.

A son arrivé à l'hôpital les mêmes symptômes persistent, il y a en outre de la diarrhée et quelques taches rosées lenticulaires sur l'abdomen. La langue est très chargés. Il n' y a presque pas de troubles nerveux, simplement un peu d'affaissement. La température et de 39°,2 le matin et 39°,3 le soir. On fait le diagnostic de fièvre typhoïde de variété plutôt bénigne.

Traitement habituel: lavements boriqués, sulfate de quinine, café, alcool, bouillon et lait.

Du 13 au 23. Sa maladie évolue normalement; il ne survient rien de particulier; la température oscille entre 39 et 40° sans dépasser cette dernière limite. Dans l'après-midi du 23 on remarque que la figure est plus rouge que d'habitude. La température est de 38°,8 et 39°,2.

Le lendemain 24, dix-neuvième jour de la maladie, on voit sur tout le corps une rougeur ressemblant à l'exanthème morbilleux. Les taches varient du diamètre d'une piéce de 50 centimes à celui d'une de 1 franc. Au centre de chaque tache se trouve une partie plus foncée, ecchymotique, ne disparaissant pas par la pression comme la zone périphérique; on trouve de plus dans cette dernière un très léger piqueté rouge ressemblant un peu à celui de la scarlatine. Les taches sont séparées les unes des autres par des intervalles de peau saine équivalant à peu près à leur diamètre.

Sur la face, l'éruption au lieu d'être formée par des taches nettement separées est constituée par des plaques irrégulières plus foncées que l'éruption du reste du corps, légèrement surélevées, mais ne présentant pas de points ecchymotiques.

Sur les jambes et sur les bras (où l'éruption est plus accusée en arriére et en dehors) on voit des rougeurs irrégulières, de couleur très nettement rosée, ressemblant absolument à de la rougeole assez confluente.

Dans le dos, l'éruption ne diffère de celle de la poitrine que par le fond de peau saine qui est un peu plus rouge probablement par suite du décubitus.

On n'observe pas de rougeur au pharynx; il n'y a pas de catarrhe des muqueuses nasale, oculaire, auditive; pas de congestion pulmonaire.

L'état générale semble encore amélioré; le malade se sent très bien;

la température est d'un degré moins élevé que la veille: 37°,9 le matin et 38°,1 le soir.

Le 25. La couleur des taches a notablement changé. Il n'y a à peu près plus de rougeur diffuse périphérique; il ne persiste presque plus que la partie centrale des taches, qui de rouge framboisé est devenue de couleur brunâtres. Sur les bras et surtout les jambes, la teinte n'a pour ainsi dire pas encore changé; l'éruption y est encore typique et peut-être même plus accentuée qu'hier.

Le 26. Les taches du corps, du cou et des bras sont devenues tout à fait brunes; il n'y a plus de teinte rouge; la coloration générale est cuivrée; aux jambes la rougeur commence à disparaître et a fortement changé de ton; à la face il n'y a à peu près plus rien. Bon état général.

Le 28. On ne trouve presque plus des traces de l'éruption: la peau conserve encore une coloration brune intense. Il n'y a pas de desquamation. La température est de 37°,2 et 38°.

Du 30 au 6 octobre. Apyrexie absolue, la diarrhée a cessé; on ne trouve plus rien nulle part, le malade commence à manger. Mais le 6 octobre au soir la température remonte à 39° et se maintient entre 38°,2 et 39°,4 du 7 octobre au 16. La diarrhée revient, il y a une petite poussée de taches rosées lenticulaires. Le malade a donc une rechute, mais elle est très bénigne; il ne se plaint de rien sauf d'avoir un peu de fièvre le soir et de ne plus avoir d'appétit.

A part cette rechute qui dura 10 jours le malade ne présenta plus rien de particulier. A partie du 20 octobre sa température ne dépassa plus 37°,5 et il partit 15 jours après en congé de convalescence.

Observation IV.

Le nommé B . . , (Florimond), 19 ans, boucher, entre le 12 octobre 1888 à l'hôpital St.-Antoine, salle Louis, lit. No. 3, dans le service de M. R. Moutard-Martin.

Il n'a jamais été malade; depuis 4 jours il se plaint de fatigue, de mal de tête, d'inappétence, de constipation; il a une langue d'embarras gastrique; sa température est de 39°. Pas de taches, pas de ballonnement du ventre. On songe le 1er jour à un embarras gastrique et on lui donne 30 grammes de sulfate de magnésie.

Le lendemain 14, la température persiste élevée 39,5° et 40°; l'état générale est plus mauvais; il y a une epistaxis et la diarrhée persiste à la suite de la purgation d'hier.

Le 15, même état; les soupçons de fièvre typhoïde sont confirmés par l'apparition sur l'abdomen de 3 taches rosées lenticulaires. La température est de 40° et 40,8°. Trait.: alcool, 50 centigrammes de sulfate de quinine par jour.

Du 15 au 20, l'état général s'aggrave encore; il y a de la somnolence pendant le jour et un délire peu violent, mais durant presque toute la nuit. Un peu de congestion pulmonaire. Tous les appareils sont pris à peu près au même degré. Les taches rosées sont assez abondantes. C'est une fièvre typhoïde grave avec un peu de prédominance sur le système nerveux.

Le 21, quatorzième jour de la maladie, l'état général étant toujours le même, la température étant à 40° le matin et 40°,6 le soir, on remarque sur tout le corps une éruption de petites taches rouges de la grandeur d'une lentille: on les prend pour une éruption de taches rosées lenticulaires extrêmement abondantes.

Les urines examinées à plusieurs reprises pendant la période d'état sont en petite quantité et très légèrement albumineuses. L'albumine disparaît après la défervescence.

Le 22, le quinzième jour de sa dothiénenterie, on trouve sur le corps et plus particulièrement accentuée sur la poitrine et le cou une éruption formée de petites macules ressemblant nettement à la rougeole. Dans les endroits les plus confluents les taches arrivent à se toucher par leur périphérie; elles sont arrondies et ont de 1 à 2 centimètres de diamètre; leur partie centrale est très foncée, hémorrhagique; leur partie périphérique de coloration rouge écarlate disparaît à la pression.

A la face la coloration est assez peu intense et semble formée de plaques irrégulières. Aux jambes elle apparaît très peu. Rien sur les muqueuses, rien au pharynx. La température fut ce jour la de 40°,5 et 41°,2; l'état général ne fut pas aggravé.

Le 23. L'éruption ne semble guère avoir changé d'aspect, sauf sur les membres inférieures où elle s'est accentuée, surtout au voisinage des articulations.

Le 24. Il n'y a plus rien à la face; sur le tronc, le cou, le dos les taches ont changé de coloration; elles sont plus foncées, d'aspect brunâtre, sourtout la partie centrale hémorrhagique, la partie périphérique ayant plutôt de la tendance à disparaître.

L'état général reste toujours grave, quoiqu' il semble y avoir une certaine amélioration; le malade urine davantage; un litre et demi au lieu de deux tiers de litre. D'ailleurs la température est descendue à 38°,6 le matin pour remonter à 40° le soir.

Pendant cette éruption on n'a pas observé de catarrhe des muqueuses. La congestion pulmonaire qui existait presque depuis le début de la maladie persista sans augmentation. Le sulfate de quinine (0 gr. 50 par jour), à qui dans le doute on avait cru attribuer l'éruption, a été supprimé dès le début. Il fut rétabli à la fin sans amener de récidive.

Le 25, cinquième jour de l'eruption, on ne trouve plus nulle part la coloration rosée, écarlate du début; partout la zone péripherique des taches a disparu et il ne reste plus que la zone centrale qui a complètement changé de couleur et est devenu tout à fait brune, bronzée.

L'éruption peut donc être considerée comme terminée, les 2 ou 3 jours suivants étant employés à résorber le sang épanché comme à la suite de toutes les ecchymoses.

Du 25 au 30, la température reste entre 39° et 40°, au lieu d'osciller entre 40° et 41°; l'état général est meilleur.

L'éruption ne laisse absolument plus de traces; il n'y a pas eu de desquamation.

Le 30, il semble y avoir une recrudescence dans les phénomènes généraux; le malade est agité; il vomit dans la journée à deux reprises des matières bilieuses, mais le lendemain, la température baisse d'un degré, de même que le surlendemain et le jour suivant, de sorte que la température est entre 37 et 38°,4 les 3 premiers jours de novembre, et normale à partir de ce moment.

La température, qui avait baissé d'un degré au début de l'éruption, s'est encore maintenue à 39° pendant toute sa durée, malgré l'amélioration des symptômes généraux, puis elle est descendue rapidement à la normale pendant l'espace de 3 jours, pendant lesquels on a observé tous les phénomènes de la crise: polyurie, sueurs, etc.

Le malade continue à aller bien et sorte le 15 novembre pour Vincennes, complètement guéri.

Observation V.

Le 21 decembre 1888, entra à l'hôpital St. Antoine, salle Andral, lit No. 47 bis, dans le service de M. R. Moutard-Martin, D . . . (Francois), âgé de 44 ans, garçon de magasin.

A son entrée cet homme est dans un abattement profond, il répond très difficilement; il ne se plaint que de fatigue générale durant déjà depuis près de 8 jours; depuis ce temps-là il ne mange plus. Il est constipé depuis 5 jours. Sa langue est blanche, recouverte d'un enduit très épais sur le milieu. Sa température est de 39,5°. On ne trouve rien d'autre à signaler qu'un peu de bronchite généralisée.

22. décembre. Il est purgé. L'état général est toujours grave. La diarrhée s'établis à la suite de la purgation. Température 39°,2, 40°.

Le 24. On trouve sur l'abdomen 4 taches rosées lenticulaires non douteuses. L'état général est encore plus mauvais; il y a un peu de délire nocturne. L'urine est légèrement albumineuse; le ventre est balloné; léger gargouillement à la fosse iliaque; diarrhée intense, ocreuse, puante. Le diagnostic de fièvre typhoïde n'est plus douteux,

Les jours suivants le même état persiste. Les taches rosées s'accentuent encore, le malade est très affaibli, mais conserve toute sa connaissance. La température oscille assez régulièrement au voisinage de 39 et $39^0,5$.

Le 6 janvier, vingt et unième jour de la maladie, le malade s'aperçoit par hasard, qu'il est survenu sur ses bras, ses jambes et son corps des rougeurs sans démangeaisons. Les plus volumineuses ont le diamètre d'une pièce de 50 centimes.

Le 7. Les taches existent sur tout le corps et ont beaucoup augmenté de volume. Les plus étendues sont sur les cuisses et la quelques-unes ont l'étendue d'une pièce de un franc; les autres sont plus petites. Elles sont nettement arrondies et, à part un peu leur centre beaucoup plus foncé et légèrement hémorrhagique, s'effacent par la pression. Elles sont plus accentuées aux plis de flexion.

La face est rouge, mais on n'y trouve pas de taches nettes.

Les muqueuses nasale, oculaires, laryngée sont saines, sans la moindre congestion.

Le 8, 3e jour de l'éruption, les taches sont toujours nettes et séparées les unes des autres, mais il s'y ajoute une légère teinte rouge, uniforme, diffuse, surtout accentuée dans les parties les plus déclives, le dos, le cou, les fesses; elle est très peu visible sur les avant-bras, les mains, les jambes et les pieds.

Le 9. La teinte rouge des taches a beaucoup diminué; leur partie centrale devient brune.

Le 10. L'éruption a presque disparu, il ne persiste plus qu'une teinte brune aux endroits qui ont été le siège d'hémorrhagies. Cette teinte ne disparaît pas par la pression. C'est sur les jambes que l'éruption laisse encore le plus de traces. Ce jour-là on trouve à la face une très légère desquamation. . . . . .

Il n'y eut rien à signaler dans le cours de la maladie à partir de l'éruption, si ce n'est une poussée de miliaire qui survint 2 ou 3 jours après.

Petit à petit les forces se relevèrent et le malade sortit complètement guéri le 9 mars, après son séjours de 2 mois $^1/_2$ à l'hôpital.

Observation VI.

Le nomme Ch . . ., soldat, âgé de 23 ans, entre le 9 septembre 1889 à l'hôpital militaire St.-Martin, ...

Ce malade dit à son arrivée n'avoir jamais été malade; il habitait à la campagne avec ses parents bien portant aussi et il n'est à Paris que depuis 10 mois. Il y a 4 jours, il est entré à l'infirmerie du régiment

ayant de l'inappétenee, de la céphalalgie, de l'insomnie, de la fatigue générale depuis déjà 4 jours; il n'a pas eu d'épistaxis. Il a de la diarrhée depuis 3 jours à la suite, dit-il, d'une purgation.

Le soir de son entrée il a $40^0,7$. On trouve quelques taches rosées sur l'abdomen; le ventre est balloné, on a du gargouillement à la fosse iliaque droite. . . . . .

Les taches rosées sont abondantes . . . . . .

Le 19. Vers 4 heures du soir l'infirmier remarque une rougeur assez intense sur le front, et, en soulevant les couvertures, il en voit aussi sur le corps.

Le 20. A la visite nous constatons sur tout le corps une éruption rubéoliforme. Sur la face, où elle est assez intense, elle est formée par de larges taches irrégulières, légèrement surélevés. Ailleurs on observe des taches arrondies de toutes les dimensions atteignant jusqu'au diamètre d'une pièce de 1 franc. Elles sont surtont abondantes au cou aux aisselles et sur la poitrine où elles se touchent par leur périphérie sans se confondre cepandant. Elles tout un peu plus petites et plus rares sur les jambes. Elles ne sont pas sensibles au toucher et s'effacent à la pression, sauf la partie centrale, qui est très foncée et ecchymotique. D'un peu loin la teinte générale est écarlate; elle ressemble un peu à la scarlatine lorsqu'on ne distingue plus les taches.

On ne trouve pas de rougeur au pharynx; . . . . . .

Le 21 ... Le centre des taches persiste, mais il est devenu brun, noirâtre, bronzé. La zone périphérique des taches a presque disparu, mais il persiste encore le léger piqueté qu'on y observait.

Le 22. Peu de changements pour la couleur si ce n'est sur les jambes où elle continue à brunir. A la face il n'y a presque plus rien . . .

Le 23. La rougeur a à peu près disparu complètement aux jambes; il n'y a plus rien aux bras. Sur le cou et le tronc, où les taches ecchymotiques avaient été plus accentuées, on trouve encore un petit piqueté brunâtre ressemblant assez bien à un exanthème syphilitique dont les macules bronzées seraient de très petit diamètre . . . . .

Du 24 au 26. Toutes les traces de l'éruption disparaissent, sans que l'on voie de traces de desquamation . . . . . .

La convalescence fut très longue et très difficile, mais de malade guérit parfaitement.

Ferner führe ich noch die Krankengeschichte an aus einer Pariser Dissertation von Lemaigre.

Observation.

Une malade était entrée à l'hôpital Laënnec, ... le 10e jour d'une

fièvre typhoïde confirmée par tous les symptômes généraux et les signes locaux, y compris les taches rosées lenticulaires. . . .

Le lendemain, même hyperesthésie, mais en découvrant la malade, on aperçoit sur la poitrine, l'abdomen et la racine des membres une éruption de taches analogues à la rougeole.

Le jour suivante, l'éruption avait augmenté en étendue et en intensité; les taches devenues confluentes s'effaçaient par la pression, mais le centre de celles-ci gardait une teinte ecchymotique. De plus, au niveau des aines, il y avait de chaque coté un véritable rash scarlatiniforme. L'hyperesthésie avait un peu diminué . . . .

Le vingt-neuvième jour de la fièvre typhoïde, l'éruption disparaissait complètement.

Le surlendemain la température remontait pour atteindre 40°. En même temps on remarque une très légère desquamation sur le cou et la poitrine. La langue n'est pas rouge; il n'y avait pas d'angine. Les jours suivants, la desquamation s'accentuait surtout à la nuque, aux mains et aux pieds, où elle se faisait par plaques. Aux aines, elle était furfuracée.

Le 38me jour de la maladie, la température commença à s'abaisser graduellement. La malade était très faible, très anémique, mais aujourd'hui son état est relativement satisfaisant . . . .

Le mieux constaté le 38me jour n'a pas persisté; l'affaissement a été en augmentant, et, malgré tous les toniques, ... la malade est morte le 41me jour de sa maladie.

L'autopsie n'a pu être faite.

Endlich sind noch 3 ähnliche Fälle von Pel zur Beobachtung gelangt und im „Weeckblatt van hed nederl. Tijdschrift voor geneeskunde" mitgetheilt. Auch hier kam eine enorme Fleckenverbreitung neben allen Darm- und Fiebersymptomen des Typhus abdominalis gleichzeitig vor. Die ausführlichen Krankengeschichten der angeführten Fälle standen mir leider nicht zur Verfügung. Wie sehr aber das beobachtete Exanthem an dasjenige des Typhus exanthematicus erinnert, lässt sich daraus ersehen, dass P. zu dem Schluss kommt, man müsse in einzelnen Fällen vollständig davon absehen, eine genaue Differentialdiagnose zwischen Typhus exanthematicus und Febris typhoïdea zu machen.

Wir müssen indessen immer berücksichtigen, dass das

Auftreten einer petechiösen Roseola im Verlauf eines Typhus abdominalis allein niemals dazu berechtigt, nunmehr die gestellte Diagnose zu Gunsten des Typhus exanthematicus fallen zu lassen. Bei wirklich vorhandenem Typhus abdominalis sind dessen übrige Symptome doch wohl immer in genügend charakteristischer Weise ausgeprägt, um das Vorhandensein dieser Erkrankung trotz des abweichenden Exanthems erkennen zu können.

Wenn man nun noch in Hinsicht auf die Prognose die Fälle betrachtet, bei denen das petechiöse Exanthem zur Beobachtung gelangt, so fällt es auf, dass man es hierbei durchweg mit den schwersten Fällen zu thun hat. Dieselbe Beobachtung hat man aber auch bei denjenigen Fällen von Typhus abdominalis gemacht, in deren Begleitung oder Gefolge eine allgemeine haemorrhagische Diathese auftrat. Daher glaube ich wohl annehmen zu dürfen, dass man in dem petechiösen Exanthem bei Typhus abdominalis es weniger mit einer besonderen Ausschlagsform als solche, als vielmehr mit einer besonderen Form der haemorrhagischen Diathese zu thun hat, indem die kleine Blutung hier durch die lokale Hautcongestion, die die Roseola setzt, hervorgerufen ist.

Am Schlusse dieser Arbeit bleibt mir noch die angenehme Pflicht zu erfüllen, meinem hochverehrten Lehrer, dem Herrn Geheimrat Prof. Dr. Mosler für die gütige Ueberweisung des Themas meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

Litteratur.

Virchow, Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, 1864.
Eulenburg's Real-Eucyclopaedie, „Abdominaltyphus". 1894.
Virchow und Hirsch, Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritt in der gesammten Medicin, Jahrgang 1866—1892
Murchison, A treatise on the continued fevers of Great Britain 186
The Dublin Journal of medical science. 1882. 1888. 1889.
Testi Alberico, La Migliare e l'Adeno-tifo. Raccogl. med. 1882.
Hanot, V. Miliaire bactéridienne dans la fièvre typhoïde. Rev. de méd. 188
Raymond und Nélaton, Etude sur une variété d'érythème rencontré dans le cours de la fièvre typhoïde. Progr. méd. No. 42.
Eichhorst, Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie. 1891.
Kuessner und Pott, Die acuten Infectionskrankheiten, 1882.
Deutsche medicinische Wochenschrift, 1888.
Centralblatt für klinische Medicin, 1890.
v. Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Infektions krankheiten, 1874.
Deutsches Archiv für klinische Medicin, 1885.
A. Weil, Zur Pathologie und Therapie des Typhns abdominalis, 1885.
Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1890.
Weekblatt von hed nederl. Tijdschrift voor geneeskunde No. 33.
Zeitschrift für klinische Medicin X.
Lovy, Thèse de Paris, 1890.
Deutsches Archiv für klinische Medicin. Bd. 37. 1885.
Lemaigre, Thèse de Paris.

Lebenslauf.

Verfasser, Carl Ahlefelder, katholischer Confession, Sohn des Königl. Stationseinnehmers Carl Ahlefelder und seiner Ehefrau Lisette, geb. Böllert, wurde geboren am 28. April 1868 zu Mülheim a. d. Ruhr. Er besuchte das Realgymnasium zu Iserlohn i. W., dann die Gymnasien zu Duisburg a. Rhein und zu Brilon i. W. Auf letzterem erhielt er Ostern 1890 das Zeugnis der Reife. Er besuchte dann die Universität Würzburg, wo er Ostern 1892 das tentamen physicum bestand. An der Universität Greifswald bestand er das tentamen medicum und das examen rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren Professoren und Docenten:

In Würzburg:

Bonnet, Decker, Du Mesnil, Fick, Fischer, Geigel, Heidenhain, v. Köllicker, Kunkel, Matterstock. Röntgen. Sachss, Schultz, Semper.

In Greifswald:

Grawitz, Heidenhain, Helferich, Hoffmann, Löffler, Mosler, Peiper, Pernice, v. Preuschen, L. Schirmer, O. Schirmer, Schultz, Solger, Strübing.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser an dieser Stelle seinen aufrichtigen Dank aus. Zu besonderem Danke fühlt er sich verpflichtet dem Herrn Geh. Rat v. Kölliker, dem Herrn Prof. Helferich, dem Herrn Geh. Rat Prof. Dr. Mosler und dem Herrn Prof. Peiper, in deren Institut resp. Kliniken er längere Zeit thätig sein durfte.

Thesen.

I.

Die petechiale Umwandlung der Roseola typhosa ist nur eine besondere Form der bei Typhus abdominalis vielfach beobachteten haemorrhagischen Diathese.

II.

Die im Verlauf oder nach Typhus auftretenden Eiterungen sind nicht nur durch die gewöhnlichen Eiter-Mikroorganismen, sondern in vielen Fällen durch den Typhusbacillus selbst hervorgerufen.

III.

Die antiseptische Behandlung inficierter Wunden hat keinen Nutzen.

IV.

Das Ueberstehen der sogenannten septischen Infectionskrankheiten verleiht keine Immunität.

V.

Die durch Bakterien im Organismus erzeugten Krankheiten sind nicht nur abhängig von der sogenannten Virulenz der Bakterien, sondern auch von der Disposition des Organismus zu der betreffenden Erkrankung.

VI.

Die Virulenz der Bakterien ist ein Produkt der äusseren Lebensbedingungen.

VII.

Die Behandlung lokaler, septischer Infectionskrankheiten ist rein empirisch und entbehrt völlig der wissenschaftlichen Grundlage.